

## Santé publique : mieux cibler la communication pour parler à tous

L'exemple de la parole institutionnelle en direction des migrants  
subsahariens

Elodie Aïna

---



### Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/hommesmigrations/438>

DOI : 10.4000/hommesmigrations.438

ISSN : 2262-3353

### Éditeur

Musée national de l'histoire de l'immigration

### Édition imprimée

Date de publication : 1 novembre 2009

Pagination : 34-42

ISSN : 1142-852X

### Référence électronique

Elodie Aïna, « Santé publique : mieux cibler la communication pour parler à tous », *Hommes & migrations* [En ligne], 1282 | 2009, mis en ligne le 29 mai 2013, consulté le 14 novembre 2019. URL : <http://journals.openedition.org/hommesmigrations/438> ; DOI : 10.4000/hommesmigrations.438

---

Tous droits réservés

# Santé publique : mieux cibler la communication pour parler à tous

## L'exemple de la parole institutionnelle en direction des migrants subsahariens

Par Elodie Aina,  
coordinatrice du programme national de prévention du VIH/sida,  
chargée de mission en communication auprès des migrants et des populations des DOM,  
Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)



Paris, 2009, Kader Benamer © Dominique Langoutte-photographies

La mise en place d'une communication spécifique en matière de santé publique à l'intention des populations migrantes résidant en France continue de rencontrer des difficultés d'ordres multiples. Ce qui semble aller de soi, à savoir adapter son message au récepteur, n'est pas aussi simple qu'il peut paraître au premier abord. La communication institutionnelle a longtemps peiné à ajuster ses campagnes de prévention à des cibles bien définies. Vis-à-vis des migrants, entre refus de stigmatiser et souci d'égalité républicaine, le chemin reste encore long.

La communication institutionnelle en matière de santé publique a une histoire. Et parce que celle-ci est en partie liée à la question des représentations collectives et de l'administration des populations, il est intéressant de s'interroger sur son évolution récente. On pourrait l'étudier sous plusieurs angles : une histoire des cibles aurait pour objet les groupes particuliers auxquels on s'adresse. Une histoire des messages étudierait pour sa part l'évolution des discours tenus par les pouvoirs publics en vue de modifier les comportements. Passerelle entre ces deux approches, une histoire des stratégies de communication se fixerait l'objectif de dresser un inventaire des moyens utilisés pour faire parvenir un message spécifique à une cible donnée.

La question principale pourrait alors être formulée de la façon suivante : comment faire en sorte que la spécificité des messages permette une appropriation universelle de leurs contenus ? Ou, en d'autres termes, comment s'adresser à chacun pour être sûr de parler à tout le monde ? Dans une telle approche, prise en compte des particularismes des migrants et volonté d'universalisme ne s'opposent pas. Ils sont les deux pôles d'une dialectique qu'il convient de maîtriser pour répondre à la fois aux objectifs de prévention et au souci d'égalité républicaine.

## **Généalogie de la communication ciblée en direction des migrants : les Subsahariens**

Depuis de nombreuses années existaient des initiatives associatives ciblées en direction des populations migrantes. C'est la lutte contre le sida qui a ouvert la voie en matière de communication publique spécifique, en occasionnant, dans le courant des années quatre-vingt-dix, un changement de paradigme. On est ainsi passé d'une conception fondée sur l'existence d'un grand public indifférencié à une vision multipolaire des publics cibles, c'est-à-dire à une communication "tous publics" fondée sur l'idée que le grand public est un agrégat de publics divers et hétérogènes.

En effet, dès les années quatre-vingt, le fait même que l'épidémie de sida ait d'abord semblé toucher essentiellement les populations homosexuelles a préparé les esprits au fait qu'il fallait adapter les messages aux modes de vie des populations auxquelles on s'adresse. La porte était donc ouverte à une réflexion sur la manière de toucher des groupes particuliers. Suivront donc des messages déclinés en autant de sous-cibles que nécessaire : homosexuels, mais aussi jeunes, toxicomanes, feront désormais l'objet de campagnes ciblées.

La constitution des migrants d'origine subsaharienne en cible de communication n'interviendra que vingt ans plus tard, à la fin des années quatre-vingt-dix. Cette évolution est rendue nécessaire par une nouvelle vague migratoire africaine et par les taux de prévalence élevés observés dans certains des pays dont sont originaires ces migrants. Les actions de communication destinées aux migrants restent cependant dans un premier temps limitées à une diffusion dans les réseaux ou médias communautaires. La pression des associations de lutte contre le sida et l'alerte épidémiologique lancée par l'Institut de veille sanitaire (INVS) vont conduire des pouvoirs publics encore hésitants à opérer un tournant décisif, en mettant en place des campagnes de communication à destination des migrants beaucoup plus impatantes, visibles par tous sur tous les grands médias<sup>(1)</sup>.

## **Le sida comme matrice de la communication ciblée en direction des migrants**

Les migrants originaires d'Afrique subsaharienne apparaissent comme étant particulièrement vulnérables suivant une combinaison de raisons. Il faut, pour comprendre, s'attacher à saisir l'expérience de la migration elle-même, appréhendable comme une transition fragilisante. Fragilisante pour des individus qui voient leurs repères culturels et leurs normes comportementales redéfinis. Fragilisante pour des personnes se trouvant exposées à des législations de plus en plus restrictives régissant l'entrée et le séjour des étrangers en France. Fragilisante pour une population confrontée, pour des raisons socio-historiques, à une précarité révélée par de nombreux indicateurs sociaux.

L'Insee a montré dans ses études que les immigrés se trouvent en effet plus souvent en situation précaire que le reste de la population, et ce au regard de nombreux indicateurs (revenus et niveau de vie plus faibles, travail à temps partiel plus fréquent, risque de chômage plus élevé, conditions de logement moins favorables<sup>(2)</sup>). Ils sont par ailleurs exposés à des phénomènes de précarisation spécifiques, notamment du fait du statut juridique des étrangers en séjour précaire (obstacles à l'hébergement et à un apport de ressources légales, exploitation économique) et de discriminations, en particulier dans le domaine de l'accès aux soins<sup>(3)</sup>.

En outre, la santé des migrants est également affectée par la fréquence plus importante des phénomènes de violence : persécutions ayant entraîné l'exil pour les demandeurs d'asile et les réfugiés<sup>(4)</sup>, "doubles violences" faites aux femmes migrantes, au pays d'origine comme en pays d'accueil<sup>(5)</sup>.

## Une population migrante plus vulnérable

S'ajoutent à ces dimensions sociales des données épidémiologiques propres, par exemple liées à la prévalence observée dans le pays d'origine. Les données de l'INVS précisent que certaines populations étrangères, notamment originaires d'Afrique subsaharienne, présentent des taux de prévalence significativement plus importants pour le VIH<sup>(6)</sup>, les hépatites virales chroniques<sup>(7)</sup> et la tuberculose<sup>(8)</sup> que dans le reste de la population. Selon le rapport annuel de l'Office français de l'immigration et de l'Intégration (OFFI, ex-Anaem<sup>(9)</sup>), l'obésité, les maladies cardio-vasculaires et le diabète sont les principales affections dépistées chez les nouveaux bénéficiaires d'une carte de résident. Enfin, les résultats des bilans de santé proposés par le Comede à plus de 20 000 patients exilés accueillis entre 2001 et 2007 mettent en évidence trois principaux groupes pathologiques : psychotraumatismes, maladies infectieuses et maladies chroniques<sup>(10)</sup>.

Dans le même temps, on s'apercevait, en étudiant les résultats des campagnes de prévention du Sida, que la population migrante ne se sentait pas destinataire des messages destinés à la population générale<sup>(11)</sup>. Ce phénomène s'explique notamment par le fait que les migrants ont leurs propres représentations qui, méconnues par les communicants, n'étaient pas prises en compte dans les stratégies à destination du grand public. Dès l'instant où l'on décide de s'y intéresser, il faut répondre à la gageure suivante : comment modifier les comportements de personnes qui ne sentent pas concernées par des messages ne s'adressant pas à elles ? La réponse est dans la question : s'adresser en propre à ces populations est la condition absolue pour susciter leur intérêt. Sinon, comment être entendu par quelqu'un à qui je ne m'adresse pas ?

Dès lors, pour aborder les questions de prévention auprès des migrants, il faut travailler l'argile délicat des représentations : représentations de soi et des autres, représentations du corps et de la sexualité, représentation de la santé. C'est-à-dire mettre au jour tout un imaginaire enfoui dans la zone de silence que représente la migration africaine, qui est "parlée" plus qu'elle ne parle elle-même, "représentée" plus que représentante d'elle-même dans l'espace public<sup>(12)</sup>.

## La communication ciblée : un accouchement difficile

Mettre en place une stratégie de communication ciblée, c'est au fond rendre visible des minorités invisibles, donner une place aux populations auxquelles on s'adresse. Cependant, communiquer, c'est toujours dire un ordre social et énoncer une nomen-

clature. C'est ce qui explique que la perspective de la communication ciblée en direction des migrants se doit de surmonter des oppositions de principe.

La première opposition pointe le "risque communautariste" d'une telle communication. En communiquant de manière ciblée, on donnerait corps à un groupe qui n'existerait pas vraiment sans la reconnaissance de son existence par les pouvoirs publics. Faire exister une nouvelle cible de communication serait la constituer en sous-groupe au sein de la population générale, et donc fragmenter la société.

S'engager de la sorte dans le débat, c'est donner beaucoup de responsabilité à la seule communication. C'est ensuite méconnaître les réalités de l'organisation territoriale qui regroupe des populations migrantes dans des zones facilement identifiables. C'est surtout prendre le problème à l'envers puisque cela revient à dire qu'une approche universelle pourrait se passer de parler efficacement à certaines populations. Or c'est bien l'exclusion par la non-prise en compte des spécificités qui constitue de fait une incitation au repli sur soi. Si l'État ne parle pas à ces populations, alors elles ne peuvent compter que sur elles-mêmes pour élaborer et adresser des messages de prévention.

## **Le paradoxe de la stigmatisation**

Une deuxième catégorie de critiques porte sur le "risque de stigmatisation" induit par une communication spécifique. Dans le cas du sida, faire des campagnes en direction des Africains pourrait revenir à accréditer l'idée selon laquelle ils seraient responsables de la propagation du virus et de la maladie. L'argument mérite qu'on s'y arrête. Toute communication doit prendre en compte cet écueil au risque de voir son message devenir contre-productif et rejeté par la cible. Stigmatiser, c'est marquer l'identité sociale comme on marquerait un corps : infliger un stigmate, une marque qui identifie ceux qui la portent pour mieux les déprécier dans l'espace public. Personne ne désire être soumis à un tel traitement.

D'autant plus qu'il existe désormais une hypersensibilité qui pousse certains à condamner toute représentation des minorités sous un jour non favorable. Le paradoxe, c'est, en effet, que la montée en puissance des revendications sur la représentation médiatique des minorités visibles rend plus difficile la communication ciblée en direction des migrants. Si la communication en matière de santé n'est pas responsable de la manière dont les informations télévisées ou les fictions rendent compte des migrants, elle doit nécessairement tenir compte du contexte de relégation médiatique qui entoure les migrants : sous-représentés médiatiquement, il convient de leur éviter l'hyperexposition associée au sida.

## Tenir compte des codes culturels

Un troisième risque serait celui de tout voir à travers un prisme marqué par l'exotisme qui culturalise à outrance les différences avec la population ciblée. Il relève d'une vision essentialiste qui passe sous silence les phénomènes d'acculturation, les stratégies d'adaptation des individus, le libre arbitre de chacun pour mieux définir un groupe prétendument homogène. Dans le cas des migrants originaires d'Afrique subsaharienne, cela peut revenir également à nier le contexte social et la précarité vécue dans le pays d'accueil. C'est un danger qui touche moins directement les enjeux de communication, mais bel et bien le champ de la connaissance des cibles. Une vision excessivement culturaliste peut aussi fausser l'interprétation des données dont on dispose, faire écran à l'intelligence et à la compréhension de phénomènes sociaux complexes et, *in fine*, conduire à une mauvaise orientation des politiques publiques de santé.

Mais encore une fois, ce travers ne saurait être confondu avec la nécessité de tenir compte des codes culturels des publics auxquels on s'adresse pour éviter un rejet du message *a priori* ou une incompréhension des consignes énoncées. C'est même une exigence contraire qui guide la communication ciblée : se tenir toujours mieux informé des conditions de vie réelles des cibles pour s'adresser à elles en tenant compte du contexte de réception des messages énoncés.

## La stratégie d'une visée universaliste

En dépit de freins multiples, la première campagne institutionnelle de prévention du VIH mettant en scène des migrants subsahariens sur toutes les grandes chaînes de télévision – et donc visible par tous et non plus seulement dans les réseaux communautaires – voit le jour en 2002. Elle sera suivie par de nombreuses autres campagnes ciblées, sur un rythme bisannuel. C'est l'occasion de vérifier que la crainte de la stigmatisation peut être dépassée. Si entre 8 et 12 % des personnes interrogées dans le cadre des post tests (réalisés par des instituts de sondage sur un échantillon de 400 migrants d'origine subsaharienne franciliens) persistent à pointer le risque de stigmatisation, la majorité des migrants accueille favorablement cette démarche, avec des taux d'agréments dépassant systématiquement les 80 %. En outre, le pari d'une appropriation accrue du message semble pouvoir être remporté dans la mesure où l'impact des campagnes destinées aux migrants est nettement supérieur à celui enregistré précédemment sur les campagnes grand public<sup>(13)</sup>.

Pour arriver à ces résultats, la communication doit s'appuyer sur des messages tenant compte des codes culturels assimilables par la cible. On n'hésitera pas à impliquer des personnes issues de ces communautés dans le processus créatif et à s'appuyer sur des agences de communication spécialisées.

Il est essentiel d'utiliser par ailleurs des canaux de diffusion soigneusement choisis (diffusion des campagnes sur les médias communautaires, mise à disposition d'outils de prévention dans les lieux de vie communautaires<sup>(14)</sup>) et des stratégies de diffusion extrêmement fines (achat d'espace publicitaire ciblé, diffusion par les pairs, les réseaux associatifs, les professionnels de santé). La logique affinitaire peut être poussée jusqu'à la création de supports (séries TV, magazine), afin de faire émerger une parole perçue comme émanant de la communauté elle-même. Aujourd'hui, l'expertise menée autour de la prévention du VIH et l'expérience acquise dans ce domaine permettent de mettre en place des stratégies de communication pour d'autres pathologies ou déterminants de la santé comme la nutrition, la prévention du paludisme, la tuberculose, les hépatites virales ou les accidents domestiques.

## Forger de nouvelles catégories et de nouveaux outils

En questionnant la réalité des mouvements migratoires à l'échelle planétaire, on comprend qu'il est essentiel d'appréhender la migration comme un mouvement durable, qu'il convient d'étudier. Le durcissement continu des lois régissant l'en-



trée et le séjour des étrangers en France ne doit pas laisser penser que la dynamique migratoire va se tarir et que les enjeux en matière de santé publique et de garantie de l'effectivité du droit à la santé vont s'évaporer. Ainsi, si on dispose de données épidémiologiques et comportementales sur la santé des migrants plus nombreuses qu'il y a quelques années, elles demeurent très parcellaires à l'exception de celles ayant trait à certaines maladies infectieuses<sup>(15)</sup>. Paradoxalement, les cinq années de polémiques sur la représentation et la promotion de la diversité, qui ont notamment rendu possible l'émergence du débat sur les statistiques ethniques, risquent plus de masquer les possibilités effectives que de renseigner de manière efficace un certain nombre de champs, dans l'état actuel de la loi.

En effet, si les références ethnoraciales sont interdites en France, la caractérisation de "l'origine" des individus peut se fonder sur le recueil de variables sociodémographiques classiques (pays de naissance, nationalité de naissance, date d'arrivée en France, nationalité des parents<sup>(16)</sup>) et ne constitue pas un obstacle à la conduite d'enquêtes de santé publique ou le recours à l'interprétariat professionnel permettant d'éviter des biais de sélection. Il semble ainsi que la pauvreté des études disponibles sur la santé des migrants s'explique en premier lieu par des réticences culturelles et politiques à voir ce champ de la santé investi par la recherche et les pouvoirs publics<sup>(17)</sup>.

Quand il s'agit de cerner au mieux les populations migrantes, il paraît plus facile de se cramponner aux permanences connues comme les ethnies d'origine ou la nationalité que de composer avec les transformations aléatoires d'un migrant en redéfinition permanente. Pour cette raison, on méconnaît les circulations dans l'espace des diasporas, les transformations, les combinaisons identitaires complexes, les métissages, les influences réciproques, les acculturations, les syncrétismes. Ce travail serait pourtant immensément fécond. Au fond, il ne s'agit pour appréhender cet espace des transformations que de bien vouloir faire l'apprentissage de la complexité. L'expérience migratoire est un fait social complexe qui se déploie au carrefour du culturel et du social. Le bagage culturel crée du social et le vécu social crée du culturel. Saisir ce phénomène demande de l'observer sans *a priori*, pour saisir le neuf sous les habits de l'ancien.

## **Vers une communication de santé publique plus affinitaire ?**

La communication en direction des migrants dessine un nouvel âge de la communication publique, défini par quelques volontés simples. Il s'agit d'entrer en affinité avec les personnes auxquelles on s'adresse : pour commencer, créer les conditions d'un

dialogue, rechercher l'horizontalité de l'échange plus que la verticalité de la consigne. Passer d'une communication dirigée vers un groupe à un message adressé à un individu. Croiser logique d'audience et stratégies d'influence. Ensuite, accepter la complexité : une cible mouvante, une audience plus difficile à mesurer. Il faut apprendre de ses erreurs, inventer inlassablement. Dresser des passerelles entre universitaires, acteurs de terrains, spécialistes de la communication et experts en santé publique pour rendre les messages plus pointus et plus efficaces. Il s'agit ni plus ni moins de remplir la promesse républicaine d'égalité face à la santé en développant une communication spécifique dont le but est d'universaliser la communication en santé publique. ■

### Notes

1. E. Aïna-Stanojevich, "Les enjeux de la communication en direction des populations migrantes", *Transcriptase*, n°114, février-mars 2004 ; A. Veïsse, E. Aïna-Stanojevich, *Migrations et santé. Traité de santé publique*, Flammarion Médecine-Sciences, 2007, p. 509.
2. G. Saliba, B. Ventelou, "Impact de l'état de santé sur le travail à temps partiel des Français. Inégalités sociales de santé en France en 2006", *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n°2-3, 2002, p. 23 ; INSEE, "Les immigrés en France", Paris, Insee, coll. Références Insee, 2005.
3. D. Fassin, E. Carde, N. Ferre, S. Musso-Dimitrijevic, *Un traitement inégal, les discriminations dans l'accès aux soins*, CRESPI, 2001.
4. COMEDE, "Violence et torture, survivants et soignants", *Maux d'exil*, 2006, p. 14.
5. COMEDE, "Femmes et exilées, une double discrimination", *Maux d'exil*, 2007, p. 20.
6. INVS, "L'infection à VIH/sida en France et en Europe", *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2007, p. 46-47 ; F. Lot, "Place des étrangers dans l'épidémie de VIH-Sida en France", *Maux d'exil*, 2006, p. 17.
7. INVS, *Prévalence des hépatites B et C en France en 2004*, INVS, 2006.
8. INVS, "Les cas de tuberculose déclarés en France en 2006", *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2008, p. 10-11.
9. ANAEM, *La santé des primo-migrants en 2006*.
10. COMEDE, rapport 2007 sur la santé des exilés, Le Kremlin-Bicêtre, COMEDE, 2008.
11. CFES, "Étude qualitative exploratoire sur les modes de vie et les sources d'information des migrants issus des pays d'Afrique subsaharienne, du Maghreb, d'Asie du Sud/Sud-Est, d'Europe de l'Est concernant le VIH/Sida", Sorgem, 2002.
12. On notera par exemple que dans le champ des luttes sociales, les migrants ne sont représentés le plus souvent que comme des clandestins bénéficiant de la solidarité associative plus que comme des acteurs autonomes porteurs d'une parole propre.
13. INPES, *Post test des campagnes de communication sur la prévention du VIH*, BVA, 2002-2008.
14. On peut citer par exemple, pour les migrants subsahariens, les foyers de travailleurs migrants, les associations communautaires, les centres de demandeurs d'asile, les coiffeurs afro, les boutiques d'alimentation exotique, les restaurants africains, les maquis, les églises, les publiphones, etc.
15. Citons en particulier les publications de l'INVS sur les maladies infectieuses pour les données épidémiologiques.
16. F. Lert, M. Martin, M. Melchir, "Comment caractériser l'ethnicité dans les travaux épidémiologiques en France. Épidémiologie sociale et inégalités de santé", colloque thématique de l'ADELF, 2006.  
Ajoutons que, quant aux freins d'ordre pratique, certaines enquêtes menées, comme celle du KAPB-migrants de l'INPES portant sur les connaissances, attitudes, croyances et comportements vis-à-vis du VIH/sida, ont mis en évidence un certain nombre de solutions permettant de contourner les contraintes inhérentes à la réalisation d'une enquête représentative auprès de cette population. On citera par exemple le recrutement en lieux ouverts et le recours à des entretiens en face à face afin de contourner l'obstacle de l'absence de base de sondage exhaustive, le recours à des enquêteurs de la même origine et du même sexe pour minimiser les freins à certaines déclarations portant par exemple sur la situation administrative, etc. Cf. N. Lydié (dir.), N. Beltzer, K. Fenies, et al., *Les populations africaines d'Île-de-France face au VIH/sida : connaissances, attitudes, croyances et comportements*, INPES, Études santé, 2007.
17. Haut Comité de la Santé publique, *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*, ministère de la Santé, 1998.